

**Gobierno del Distrito de Columbia
Departamento de Servicios Humanos
SOLICITUD DE BENEFICIOS**

INFORMACION GENERAL

Con esta solicitud, usted puede **SOLICITAR** beneficio, o ser **RECERTIFICADO/A** para uno o más de los siguientes programas de ayuda:

- ▶ **Asistencia Médica**
- ▶ **Estampillas de Alimentos**
- ▶ **Ayuda Financiera/TANF**

PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD

Si usted necesita ayuda para completar esta solicitud, un/a amigo/a, pariente u otro individuo puede ayudarle. Si usted está completando esta solicitud para otra persona, responda cada pregunta como si usted fuera esa persona. Si necesita cambiar o corregir una respuesta, escriba la información correcta al lado de la respuesta, agregue sus iniciales y la fecha del cambio o corrección. Si hay más de 6 personas viviendo en su hogar y necesita más espacio para escribir los nombres de todos ellos o completar alguna información, dígame a la agencia que usted necesita páginas extras. En ciertas circunstancias, si usted está solicitando Asistencia Médica y es menor de 21 años, su madre/padre o guardián legal tendrán que firmar la solicitud.

Si usted está recibiendo beneficios y está solicitando la **RECERTIFICACION** para Estampillas de Alimentos o la Ayuda Financiera/TANF, esta solicitud se utilizará solamente para recertificar los beneficios. Le darán un formulario diferente si usted solicita solamente la recertificación de la Asistencia Médica.

Esta solicitud contiene información acerca de los programas disponibles en su oficina central de servicios locales, además de otra información que usted debe saber, incluyendo sus derechos y responsabilidades.

**LEA ESTA SOLICITUD CON
MUCHO CUIDADO Y COMPLETELA CON LA INFORMACION
CORRECTA.**

Usted debe entregar información completa, verdadera y correcta. Si usted se rehusa a dar la información necesaria, su solicitud de ayuda puede ser negada. Si da información, que usted sabe que es falsa, incorrecta o incompleta, o no informa de los cambios en la información, usted puede perder sus beneficios y ser demandado/a, multado/a y/o encarcelado/a. Si da información, que usted sabe es falsa, incorrecta o incompleta, con el objeto de ayudar a otra persona a recibir beneficios, usted podría ser juzgado/a por fraude.

VERIFICACION DE LA INFORMACION

La información que usted entregue será comparada con los registros federales, estatales y locales, incluyendo el Departamento de Servicios de Empleos, de Motores y Vehículos y el Sistema de Verificación de Elegibilidad e Ingreso (IVES) para determinar si la información es verdadera y correcta. Como condición para ser elegible, usted debe solicitar y cooperar con la agencia, para obtener un número de seguro social para usted y las personas para quienes está solicitando ayuda. Además, su Número de Seguro Social será utilizado para verificar su identidad, prevenir duplicación de beneficios y realizar los cambios requeridos en los programas. Este sistema utiliza su Número de Seguro Social para verificar sueldos y salarios, beneficios de desempleo, y otros ingresos, usando los registros del Servicios de Impuestos y de la Administración del Seguro Social. Cualquiera diferencia entre la información que usted entregue y esos registros será investigada y podrá requerir de una visita al hogar. La información de esos registros puede afectar su elegibilidad y la cantidad de sus beneficios.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD

1. Cuando complete la solicitud, asegúrese de **ESCRIBIR TODAS SUS RESPUESTAS CON LETRA DE IMPRENTA.**
2. No escriba en las áreas que están sombreadas. **Esas áreas son solamente para el uso de la agencia.**
3. Responda las preguntas de la **PARTE A: INFORMACION GENERAL** para todos los que viven en su hogar, aún cuando usted no esté solicitando nada para esa persona.
4. Responda las preguntas de la **PARTE B: RECURSOS** y la **PARTE C: INGRESO** para todos las personas por las cuales usted está solicitando ayuda. Además, si solicita **Asistencia Médica** o **Ayuda Financiera/TANF**, usted también debe dar información acerca de los recursos e ingresos de las siguientes personas:
 - o **Asistencia Médica:** Esposos y niños menores de 21 años que viven con una persona para quien usted está solicitando ayuda, padres que viven con un niño/a menor de 21 años y el/la esposo/a de una persona que vive en un asilo de ancianos, hospital estatal o de cuidado comunitario. Entregue las cuentas de vivienda del/a esposo/a a su trabajador/a.
 - o **Ayuda Financiera/TANF:** Niños de 19 años o menores, aún cuando usted no esté solicitando ayuda para ese niño/a.
5. Después de completar las PARTES A, B y C, responda las preguntas de las secciones que se indican a continuación.

Asistencia Médica.....	Parte D páginas 8 - 9
Estampillas de Alimentos.....	Parte E páginas 10 - 11
Ayuda Financiera/TANF.....	Parte D páginas 8 - 9 Parte E páginas 10 - 11
6. Todos los solicitantes deben leer y completar cuidadosamente la **PARTE G: SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES**. Asegúrese de **completar y firmar** la "Designación de Derechos para Apoyo Médico" en la página 13 si usted está solicitando Ayuda Financiera o Asistencia Médica. **Asegúrese de dar todas las firmas requeridas, en la última página de esta solicitud.**
7. Lea la **INSCRIPCION PARA VOTAR** en la página 14 de esta solicitud.
8. **ASEGURESE DE FIRMAR Y COLOCAR LA FECHA EN LA PAGINA 15 DE ESTA SOLICITUD.**

Gobierno del Distrito de Columbia
Departamento de Servicios Humanos
SOLICITUD DE BENEFICIOS

PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE				
Nombre del Caso	Número del caso	Programa	Trabajador/a	Fecha Recibida
Centro de Servicio	Fecha de Entrevista		Fecha de Disposición	
Programas: Aprobada		Negada ()		

() **Solicitud Inicial** () **Recertificación** (Identifique el programa(s) para el que está solicitando la recertificación en el ítem número 1.)

1. **YO DESEO SOLICITAR:** () **Asistencia Médica** () **Estampillas de Alimentos** () **Ayuda Financiera /TANF**

Nombre Solicitante (Apellido)	(Nombre)	Número de Seguro Social:	Teléfono: Hogar: Trabajo:
Otros Nombres que Usa: Apellido Materno:	Alias:		
Dirección de Vivienda (Incluya Ciudad, Estado y Código Postal):			
Dirección para Correspondencia (Si es Diferente):			
A. ¿Tiene alguien alguna emergencia médica? SI () NO () Si es SI, dé el nombre y explique _____			
B. ¿Está el/la solicitante viviendo en un Establecimiento Comunitario Residencial, un Hospital Estatal, un Asilo de Ancianos, u otra institución? SI () NO () Si es SI, dé fecha de ingreso: _____ Si es fuera del Distrito de Columbia, hizo una agencia de gobierno la inscripción? SI () NO ()			
C. ¿Es el/la solicitante: SOLTERO/A () CASADO/A () SEPARADO/A () DIVORCIADO/A () VIUDO/A () Si está SEPARADO/A dé: Fecha de separación: _____ Nombre Esposo/a _____ Dirección Esposo/a _____			

SI () NO () 2. ¿Ha Ud., o alguien por quien está solicitando ayuda, solicitado o recibido algún beneficio del Distrito de Columbia o de otro Estado, incluyendo Ayuda Financiera, Estampillas de Alimentos, u otra ayuda? Si SI, dé la información en el espacio más abajo.

Nombre del/a Solicitante:	Número de Seguro Social:	Fechas en que Recibió la Ayuda:
Tipos de Beneficios que Solicitó o Recibió Ayuda:		
Condado, Ciudad o Estado de que Recibió Ayuda:		

SI () NO () 3. Si no se ha inscrito para votar donde vive, ¿le gustaría inscribirse aquí hoy día?

SI () NO () 4. ¿Está usted, o alguien por quien está solicitando ayuda, huyendo para evitar ser encarcelado/a o ha violado su probatoria o su permiso bajo palabra?

SI () NO () 5. ¿Ha usted, o alguien por quien está solicitando ayuda, sido convicto/a de un cargo relacionado con drogas, después del 22 de Agosto de 1996?

SI () NO () 6. ¿Piensa usted, y las personas por quienes está solicitando ayuda, quedarse a vivir en el Distrito de Columbia? Si NO, por favor, explique: _____

<p>5. Ciudadanía/Declaración de Extranjeros</p> <p>Yo CERTIFICO con mi firma, bajo la pena de perjuirio, que soy un/a ciudadano/a o un/a residente legal de los Estados Unidos. Los adultos del hogar deberán firmar por los miembros menores de 18 años de edad. En ausencia de adultos, el/la solicitante puede firmar por las personas que no son adultas.</p> <p>NOTA: Si SOLO solicita Asistencia Médica y SOLO para niños, necesita proveer información sobre la ciudadanía/estatus de los niños por los que usted está solicitando ayuda. Su firma más abajo certifica el estatus de inmigración de los niños.</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(Marque Uno)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Todos los Solicitantes <input type="checkbox"/> Ciudadano/a Extranjeros Conteste <u>sólo</u> si es extranjero/a </p>			<p>6. Educación</p> <p>A. Escriba el Ultimo Curso que Cursó en la escuela.</p> <p>B. Marque (✓) SI o NO, si la persona tiene la Licencia Secundaria (HS) o tiene el Certificado GED?</p> <p>C. Marque (✓) SI o No, la persona está Actualmente Matriculada en la escuela secundaria o en la universidad? Si SI, use uno de los códigos para señalar la matrícula de la escuela.</p> <p>FT...Matriculado/a la jornada completa HT...Matriculado/a por media jornada LT... Matriculado/a menos de media jornada</p>	
Nombre:			Número Extranjería:	A. Ultimo Curso Cursado: _____ B. SI () NO () HS o Certificado GED C. SI () NO () Actualmente Matriculado/a
Firma:			Fecha Entrada:	
Nombre:			Número Extranjería:	A. Ultimo Curso Cursado: _____ B. SI () NO () HS o Certificado GED C. SI () NO () Actualmente Matriculado/a
Firma:			Fecha Entrada:	
Nombre:			Número Extranjería:	A. Ultimo Curso Cursado: _____ B. SI () NO () HS o Certificado GED C. SI () NO () Actualmente Matriculado/a
Firma:			Fecha Entrada:	
Nombre:			Número Extranjería:	A. Ultimo Curso Cursado: _____ B. SI () NO () HS o Certificado GED C. SI () NO () Actualmente Matriculado/a
Firma:			Fecha Entrada:	
Nombre:			Número Extranjería:	A. Ultimo Curso Cursado: _____ B. SI () NO () HS o Certificado GED C. SI () NO () Actualmente Matriculado/a
Firma:			Fecha Entrada:	

SI () NO () 7. ¿Tiene usted, o alguna de las personas por las que solicita ayuda, algún problema serio de salud o una discapacidad? Si SI, dé el nombre de la(s) persona(s) y condición: _____

SI () NO () 8. ¿Es usted, o alguna de las personas por las que solicita ayuda, ciego/a o casi ciego/a? Si SI, dé el nombre de la(s) persona(s) _____

PARTE B: RECURSOS (TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN COMPLETAR ESTA SECCION)

Responda todas las preguntas, que se hacen a continuación, por cada una de las personas para las que está solicitando ayuda. Si está solicitando **Asistencia Médica o Ayuda Financiera/TANF**, debe también proveer información de los recursos de las personas adicionales que se indicaron en la página 2 de esta solicitud. Incluya cualquier recurso que cualquiera es dueño/a, está actualmente comprando o lo ha heredado. Incluya cualquier recurso del que es co-propietario/a con otra persona, aún cuando esa persona no viva con usted. Nombre todos los co-propietarios y escriba al lado de su nombre, la cantidad de la que es propiedad de la otra persona. **Refiérase al #4 de la página de instrucciones y hable con su trabajador/a si necesita ayuda con estas preguntas.**

SI () NO () 1. ¿Tiene/n dinero en la mano y no en el banco? Si SI, dé el nombre del/os propietario(s) _____ Cantidad _____

SI () NO () 2. ¿Cuenta de cheques, cuenta de ahorros, cuenta de crédito de sindicato, Certificado de Depósito o de mercado de dinero, fondos de pacientes de las personas en asilos de ancianos, o en un Establecimiento Residencial Comunitario (CRF)? Haga la lista de todas las cuentas, aún cuando no haya dinero en ellas.

Propietario/a	Tipo de Cuenta Cuenta #	Dónde	\$ Cantidad	Fecha Adquirido/a
Propietario/a	Tipo de Cuenta Cuenta #	Dónde	\$ Cantidad	Fecha Adquirido/a

SI () NO () 3. ¿Reembolso de impuestos, acciones o bonos, fondos, planes de pensión, cuentas de retiro, notas o promesas de fondos?

Propietario/a	Tipo	Dónde	\$ Cantidad	Fecha Adquirido/a
Propietario/a	Tipo	Dónde	\$ Cantidad	Fecha Adquirido/a

SI () NO () 4. ¿Seguro de Salud?

Dueño/a de Póliza	Nombre, Dirección y Teléfono de la Compañía	Fecha Inicial	Póliza #	Tipo de Cobertura	Persona(s) Asegurada(s)
		Fecha Final	Prima \$		

SI () NO () 5. ¿Medicare?

Persona Asegurada	Número de Reclamo	Marque (✓) () Parte A () Parte B	Fecha Inicio Fecha Final	Prima \$	Método de Pago
-------------------	-------------------	--	-----------------------------	----------	----------------

SI () NO () 6. ¿Póliza de Seguro de Vida? (NO SE REQUIERE DE SOLICITANTES DE ESTAMPILLAS DE ALIMENTOS QUE NO SON ANCIANOS O DISCAPACITADOS)

Propietario/a	Persona(s) Asegurado/a(s)	Nombre, Dirección y Teléfono de la Compañía	Póliza #	Valor en Dinero
---------------	---------------------------	--	----------	-----------------

SI () NO () 7. ¿Vehículos con y sin patente, automóviles, camiones, botes, vehículos recreativos, o motocicletas/mopeds?

Propietario/a	Modelo - Año	Licencia #	\$ Valor \$ Cantidad Propiedad	Cómo se usará?	Fecha Adquirido
---------------	--------------	------------	-----------------------------------	----------------	-----------------

Propietario/a	Modelo - Año	Licencia #	\$ Valor \$ Cantidad Propiedad	Cómo se usará?	Fecha Adquirido
---------------	--------------	------------	-----------------------------------	----------------	-----------------

SI () NO () 8. ¿Propiedad personal, como camperos, botes sin motor, trailers, herramientas, equipos, o materiales?

Propietario/a	Tipo	SI () NO () Es esta propiedad necesaria para su propio negocio?	\$ Valor \$ Cantidad Debe	Fecha Adquirida
Propietario/a	Tipo	SI () NO () Es esta propiedad necesaria para su propio negocio?	\$ Valor \$ Cantidad Debe	Fecha Adquirida

SI () NO () 9. ¿Propietario de vivienda, incluyendo herencias, tierras, edificios, o casas móviles? Si SI, vive usted ahí? Marque (✓) SI () NO ()

Propietario/a	Tipo	SI () NO () Ingreso que produce SI () NO () Ahora para la venta	\$ Valor \$ Cantidad Debe	Fecha Adquirida
Propietario/a	Tipo	SI () NO () Ingreso que produce SI () NO () Ahora para la venta	\$ Valor \$ Cantidad Debe	Fecha Adquirida

SI () NO () 10. ¿Lote en cementerios, contratos con funerarias, o fondos especiales para funeral?

Propietario/a	Número de lotes, Tipos de Arreglos	Dónde	\$ Valor \$ Cantidad Debe	Fecha Adquirida
Propietario/a	Número de lotes, Tipos de Arreglos	Dónde	\$ Valor \$ Cantidad Debe	

SI () NO () 11. Si solicita **Estampillas de Alimentos**, ¿ha vendido, transferido o regalado alguno de estos recursos en los últimos 3 meses? O en los últimos 2 años, si está solicitando **Ayuda Financiera/TANF** o **Asistencia Médica**?

Propiedad Transferida		Valor de Transferencia	Cantidad Recibida	Explique Razones para la Transferencia
De Quién	A Quién	Fecha Adquirida	Fecha Transferencia	

SI () NO () 12. ¿Espera recibir dinero de una demanda relacionada con heridas personales o daño a la propiedad? Si SI, explique.

SI () NO () 13. ¿Espera alguien algún cambio en los recursos, en éste o en el próximo mes? Si SI, explique y dé la fecha que se espera los cambios.

PARTE C: INGRESO (TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN COMPLETAR ESTA SECCION)

Responda todas las preguntas sobre ingreso, por todas las personas por las que está solicitando ayuda. Se considera como cualquier dinero que recibió por un empleo, o dinero que haya recibido de cualquiera otra fuente. Si solicita Ayuda de Dinero o Asistencia Médica, debe también informar sobre los ingresos de las personas adicionales que se indicaron en la página 2. Si solicita Ayuda Financiera o Asistencia Médica para los niños, también debe informar de los ingresos de los padres o padrastos de los niños, que estén viviendo en el hogar. Si los padres son menores de 18 años (para Ayuda Financiera) o menores de 21 (para Asistencia Médica, si corresponde), debe también informar del ingreso de los padres que son menores de edad.

1. ¿Recibe alguna persona estos tipos de dineros, por trabajar? Marque (✓) SI o NO por cada tipo. Si SI, dé la información requerida.

1. SI () NO () Sueldos/salarios

4. SI () NO () Trabajo Doméstico

7. SI () NO () ¿Otro ingreso de trabajo?

2. SI () NO () Niños/Cuidado de niños

5. SI () NO () Trabajos Diversos

Si SI, especifique: _____

3. SI () NO () Trabajo de Temporada

6. SI () NO () Otro auto-empleo

# de Item	Persona que Recibe Dinero por Trabajar	Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Empleador	Fecha de Inicio del Empleo	Horas Trabajadas Por Mes	Promedio Pago por Hora	Cuándo se le Paga	Pago Bruto Mensual, Antes de los Descuentos
					\$		\$
					\$		\$

2. ¿Recibe alguna de las personas otro tipo de dinero? Marque (✓) SI o NO por cada tipo. Si SI, dé la información requerida.

1. SI () NO () Seguro Social

6. SI () NO () Ayuda legal por los niños

13. SI () NO () Regalos/Contribuciones

19. SI () NO () Pagos por Entrenamiento

2. SI () NO () SSI

SI () NO () Beneficios de Desempleo

14. SI () NO () Pagos Militares

20. SI () NO () Préstamos

3. SI () NO () Beneficios de Veterano

8. SI () NO () Compensación Laboral

15. SI () NO () Ingreso por Arriendo Piezas

21. SI () NO () Otro tipo de dinero?

4. SI () NO () Beneficios Jubilado/a

9. SI () NO () Devolución Impuestos

16. SI () NO () Ingreso de Arriendos

Si SI, especifique: _____

5. SI () NO () Asistencia Pública

10. SI () NO () Ganancias de Premios

17. SI () NO () Arreglos del Seguro

# de Item	Persona que Recibe el Dinero	Tipo de Dinero Recibido	¿Cuán A Menudo lo Recibe	Cuándo lo Recibe	Cantidad Mensual Bruta, Antes de los Descuentos
					\$
					\$

SI () NO ()

3. ¿Es alguna de las personas jubilado/a de las fuerzas armadas? Si SI, dé el Nombre: _____
 Fechas de Servicio: _____ # de Serie: _____

SI () NO () 4. ¿Ha sido alguna persona expulsado o separado del empleo, o salido con permiso por enfermedad o de maternidad; declarado en huelga, dejado el trabajo o reducido el número de horas que trabaja, en los últimos 60 días?

Nombre de la Persona	Nombre, Dirección y Teléfono del Empleador	Empleo De/A	Horas/ Semanas Trabajo	Promedio de Pago	Cuándo se le Paga	Fecha del Ultimo Pago Recibido	Razones por Dejar o Reducir las Horas del Empleo
				\$			

SI () NO () 5. ¿Tiene alguna persona, además de la/s persona/s para quienes está solicitando ayuda, que le paga directamente a usted, le ayuda a pagar, o le presta dinero para pagar el arriendo, las utilidades, las cuentas médicas, o cualquiera otra cuenta?

Persona Que Recibe Ayuda	Persona Que le Ayuda	Tipo de Ayuda Recibida	Cantidad	¿Le Da el Dinero Directamente a usted?	¿Es éste un Préstamo?	Esa persona ¿Espera Que se le Devuelva el Dinero?
			\$	SI () NO ()	SI () NO ()	SI () NO ()

SI () NO () 6. ¿Ha alguna persona solicitado o recibido ayuda financiera, como estudiante o para trabajo-estudio, de un colegio o universidad, en este período? O, de alguna escuela o programa de entrenamiento, más allá del nivel secundario? O, de alguna escuela o programa de entrenamiento para personas con discapacidades mentales o físicas?

Nombre de la Persona	Tipo de Ayuda Financiera	Cantidad	Período que Cubre	Matrícula	Libros	Cuidado de Dependiente	Pieza y Comida	Otro (Especifique)
		\$	De: A:	\$	\$	\$	\$	Item: \$

SI () NO () 7. ¿Paga alguna de las personas gastos de mantención de dependiente, por un niño, una persona anciana, o un adulto con discapacidades?

Persona que Paga por el Cuidado	Persona que Recibe el Cuidado	Marque (✓) si tiene Discapacidad	Nombre, Dirección y Número de Teléfono del /a Proveedor/a de Cuidado	Cantidad que se Paga
		() Discapacidad		\$

SI () NO () 8. ¿Espera alguien algún cambio, en el tipo de dinero recibido, en el empleo, u horas trabajadas, en éste o en el próximo mes? Si SI, explique y dé la fecha: _____

SI () NO () 9. ¿Hay alguna persona que paga mantención legal por un niño, a otra persona que no vive en el hogar? Si SI, Persona que paga: _____
 Persona que se mantiene: _____ Cantidad que se paga y cuándo se paga: _____
 \$ _____

SI () NO () 1. ¿Tienen las personas, incluidas en esta solicitud, alguna cuenta médica sin pagar por servicios recibidos en los 3 meses anteriores al mes de esta solicitud? Si SI, complete la información a continuación.

Nombre del Paciente	Tipo de Gasto Médico	Fecha de Servicio	Cantidad	Cantidad que Todavía Se Debe

SI () NO () 2. ¿Ha estado usted, o alguna de las personas para las que está solicitando ayuda, hospitalizada como resultado de un accidente ocurrido en los últimos 3 meses? Si SI, complete la información a continuación.

¿Qué Sucedió, Dónde, Cómo?	Nombre y Dirección de la Persona Culpable	¿Piensa presentar una Demanda o Hay una en Progreso? SI () NO ()
Nombre y Dirección de Todas las Compañías de Seguro que están Envueltas		Nombre, Dirección y Número de Teléfono de Su Abogado

SI () NO () 3. ¿Está solicitando Asistencia Médica por los últimos 3 meses, previos a esta solicitud? Si SI, responda las siguientes preguntas.

SI () NO ()	a. ¿Cambió su dirección en los últimos 3 meses? Si SI, describa los cambios: _____
SI () NO ()	b. ¿Hubo algún cambio en las personas que estaban viviendo con usted en ese período? Si SI, describa los cambios: _____
SI () NO ()	c. ¿Tuvo alguna persona algún cambio, en el ingreso o bienes, durante ese período? Si SI, describa los cambios: _____

SI () NO () 4. **Responda Solamente Si Alguien Está Solicitando Asistencia Médica y Es Ciego o Tiene Una Discapacidad:** ¿Tiene esta persona gastos relacionados con el trabajo? Si SI, dé una cantidad y explique. _____

SI () NO () 5. ¿Ha sido informado/a acerca del Programa de Examen, Diagnóstico y Tratamiento Temprano Periódico (ESPDT) o del Programa del Niño de Buena Salud de Medicaid?

SI () NO () 6. ¿Quiere una referencia para el Programa ESPDT o para el Programa del Niño de Buena Salud de Medicaid?

SI () NO () 7. Yo entiendo que, en el caso de mi muerte, el Departamento puede presentar una demanda en contra de mis bienes por la cantidad de Asistencia Médica pagada en mi nombre, después de mis 65 años de edad. El Departamento no presentará ninguna demanda si yo muero y dejo un esposo/a o un hijo/a menor de 21 años, que es ciego/a, o tiene una discapacidad total y permanente.

		Responda las Preguntas 3 y 4 Sólo si la respuesta a la Pregunta 2 es "Ausente"	
1. Escriba el nombre de cada niño/a por los cuales está solicitando ayuda, y después escriba los nombres de ambos padres. Usted debe identificar a ambos padres para recibir Ayuda de Dinero.	2. Coloque el CODIGO que corresponde, si uno de los padres está: U..... Desempleado DI.... Discapacitado DE... Fallecido A.....Ausente	3. Razón para la Ausencia: Coloque el CODIGO apropiado que corresponde, por cada padre o madre que esté ausente. S....Separados P....No Se Ha Establecido la Paternidad D....Divorciados I.... Encarcelados D.... Abandonó a la familia	4. Apoyo Financiero: Proveen los padres ausentes un apoyo financiero mensual en forma regular? Marque (✓) SI o NO en las cajas más abajo. Si SI, dé la cantidad y cuándo se recibe.
Nombre del Niño/a			
Madre			SI () NO () S
Padre			SI () NO () S
Nombre del Niño/a			
Madre			SI () NO () S
Padre			SI () NO () S
Nombre del Niño/a			
Madre			SI () NO () S
Padre			SI () NO () S
Nombre del Niño/a			
Madre			SI () NO () S
Padre			SI () NO () S
Nombre del Niño/a			
Madre			SI () NO () S
Padre			SI () NO () S

1. Escriba en la caja el nombre de la persona que es el/la jefe de su familia.

JEFE DE FAMILIA

SI () NO () 2. ¿Le gustaría autorizar a uno, o más representantes, para que soliciten, recojan o reciban estampillas de alimentos por usted, usar por usted las estampillas de salud en los almacenes, o recibir correspondencia y avisos sobre las estampillas de alimentos para usted?

NOMBRE, DIRECCION Y TELEFONOS DE REPRESENTANTE(S) AUTORIZADO(S)		MARQUE (✓) LA AUTORIZACION PARA CADA PERSONA	
1		() Solicitar estampillas	() Usar estampillas
		() Recibir estampillas	() Recibir correspondencia
2		() Solicitar estampillas	() Usar estampillas
		() Recibir estampillas	() Recibir correspondencia

Un/a representante autorizado/a debe tener un permiso escrito para solicitar estampillas de alimentos. Este permiso puede escribirse en la parte superior de este formulario o en una carta. Los permisos pueden ser dados solamente por el/la jefe de familia.

SI () NO () 3. ¿Hay alguna persona, que está viviendo en su hogar pero, que NO está incluido/a en la solicitud para Estampillas de Alimentos? Si SI, responda la Pregunta "a".

a. SI () NO () ¿Piensa usted, o alguna de las personas por las cuales está solicitando ayuda, comprar y preparar comidas separadas de estas personas?

SI () NO () 4. ¿Tiene alguna persona 60 o más años, O, ¿tiene una discapacidad? Si tiene alguna discapacidad, identifique la discapacidad: _____

Si SI, escriba más abajo la lista de todos los gastos médicos actuales de esas personas, incluyendo primas de Medicare, otras primas de seguro médico, cuentas médicas y dentales, prescripciones, anteojos, dentaduras, audífonos, transporte para los servicios médicos y de enfermería y otras cuentas médicas. TAMBIEN, indique cómo le gustaría que se dedujeran estos gastos médicos para determinar sus beneficios de estampillas de alimentos. HABLE CON SU TRABAJADOR/A ANTES DE SELECCIONAR UN METODO DE DEDUCCION.

PERSONA CON GASTOS	TIPO DE GASTO	CANTIDAD	NOMBRE, DIRECCION Y NUMERO DE TELEFONO DEL MEDICO, HOSPITAL, FARMACIA	METODO DE DEDUCCION
		\$		() Suma Total () Promedio Mensual () Pago Esperado
		\$		() Suma Total () Promedio Mensual () Pago Esperado
		\$		() Suma Total () Promedio Mensual () Pago Esperado

SI () NO () 5. ¿Tiene alguien algún gasto de arriendo, hipoteca, impuesto a la propiedad, seguro de propiedad, o de gastos de electricidad, gas, petróleo, agua, desagüe, o teléfono? Si **SI**, responda Preguntas "a" y "b" y después entregue la información requerida.

a. **SI () NO ()** ¿Se incluyen las utilidades en su arriendo? Si **SI**, deje el espacio en blanco.

b. **SI () NO ()** ¿Están incluidos los impuestos o seguros en su pago de hipoteca? Si **SI**, deje el espacio en blanco.

Gasto	Arriendo o Hipoteca	Impuestos	Seguro	Teléfono	Electricidad	Gas	Petróleo	Agua/Desagüe
Cantidad de la Cuenta	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Cuándo Paga								
Quién Paga								

SI () NO () 6. ¿Hay alguien que tiene, o espera tener, un gasto de calefacción o aire acondicionado? O, ¿alguien recibido ayuda del Programa de Asistencia para Calefacción durante el año pasado?

Si **SI**, marque (✓) si le gustaría que se determinaran sus beneficios de estampillas de alimentos usando sus gastos en utilidades actuales o la cantidad estandar que usamos para estos gastos. **HABLE CON SU TRABAJADOR/A ANTES DE RESPONDER**
Gastos Actuales de Utilidades () Cantidad Estandard ()

Si selecciona la **Cantidad Estandard**, ¿hay alguna persona en su hogar, que no la incluye en la solicitud para Estampillas de Alimentos, que le ayuda a pagar las cuentas de calefacción o de aire acondicionado? Marque (✓) **SI () NO ()** Si **SI**, explique: _____

SI () NO () 7. ¿ Está usted **temporalmente** quedándose en la casa de otra persona, en un albergue de emergencia, en un hotel de asistencia pública, vivienda provisoria, o en un lugar que generalmente no se usa para dormir? Si **SI**, dé la fecha en que se cambió a esa vivienda: _____

SI () NO () 8. ¿Hay alguien que tiene un gasto de vivienda por una vivienda (propia o arrendada) que está temporalmente, deshabitado por razones de empleo o entrenamiento lejos del hogar, o por enfermedad o desastre?

Razón por No estar Viviendo Allí	¿Intenta Regresar la Persona?	Tipo y Cantidad de Gastos de Vivienda	¿Hay Otra Persona Viviendo Allí?	Si Hay Otra Persona Viviendo Allí, ¿Paga Arriendo Esta Persona?
	SI () NO ()		SI () NO ()	SI () NO ()

CAMBIOS

Usted debe informar de todos los cambios requeridos, dentro de los plazos de tiempo establecidos. Los siguientes ejemplos no incluyen todos los cambios que usted debe informar, pero si usted no está seguro/a de informar sobre algún cambio en particular, discútalo con su trabajador/a.

► Estampillas de Alimentos

(INFORMAR CAMBIOS DENTRO DEL PLAZO DE 10 DIAS)

- 1) Cambios de dirección y cualquier cambio de gastos de vivienda debido a una mudanza
- 2) Cambios en las personas que viven en su hogar
- 3) Cambios en la fuente de ingresos, incluyendo un nuevo trabajo
- 4) Cambios en el ingreso mensual de más de \$80
- 5) Cambio en los recursos
- 6) Cambio en la propiedad de vehículos
- 7) Cambio en los pagos de mantención legal obligada de niños

► Asistencia Financiera y Médica

(INFORMAR DE LOS CAMBIOS EN UN PLAZO DE 10 DIAS)

- 1) Cambios de dirección
- 2) Cambios de estado civil
- 3) Cambios en las personas en su hogar
- 4) Niños cumplen 18 años
- 5) Persona en hogar no está más discapacitada
- 6) Cambios en los ingresos
- 7) Cambios en los recursos
- 8) Cambios en la propiedad de vehículos
- 9) Cambios en los gastos de dependientes

MULTAS POR VIOLACIONES DE TANF

Usted no debe entregar información falsa, esconder información, o dejar de informar de los cambios, en el plazo de tiempo requerido con el objeto de recibir TANF.

Si se le encontrara culpable por las cortes o después de una audiencia de la agencia, de quebrar intencionalmente estas reglas, será suspendido/a eliminadas del fondo por los siguientes periodos: 6 meses (1ª ofensa), 12 meses (2ª ofensa), o permanentemente (3ª ofensa). Toda persona condenada por dar información falsa acerca de su residencia, para recibir TANF en 2 ó más estados, no será elegible para TANF por un periodo de 10 años.

MULTAS POR VIOLACIONES A LAS ESTAMPILLAS DE ALIMENTOS

Usted no debe entregar información falsa o esconder información para obtener estampillas de alimentos. No debe intercambiar o vender las estampillas de alimentos o las tarjetas ATP/EBT. No debe cambiar la tarjeta ATP/EBT para obtener estampillas de alimentos que cuando usted no es elegible para recibirlas. No debe usar las estampillas de alimentos que cuando comprar artículos que no sean alimentos, tales como alcohol, tabaco o productos de papel. Usted no debe usar las estampillas de alimentos o la tarjeta ATP/EBT de otra persona para comprar para su hogar.

La persona que rompe esta reglas, intencionadamente, puede ser separada del Programa de Estampillas de Alimentos por 12 meses (1ª violación), 24 meses (2ª violación), o en forma permanente (3ª violación); está sujeta a una multa de \$250,000 y puede ser encarcelada por hasta 20 años, o ambos; y puede ser suspendida por 18 otros meses adicionales y ser juzgada bajo otras leyes Federales y Estatales.

Toda persona que intencionalmente entrega información falsa o esconde información acerca de su identificación o residencia, con el objeto de obtener Estampillas de Alimentos simultáneamente en más de una localidad, puede ser eliminada del programa por un periodo de 10 años. Toda persona que sea condenada por intercambiar o vender Estampillas de Alimentos, de \$500.00 ó más, puede ser eliminada permanentemente del programa. Toda

persona condenada con relacionada con drogas, cometida después del 22 de Agosto de 1996, puede ser eliminada de recibir Estampillas de Alimentos permanentemente.

INFORMACION ACERCA DE LA OFICINA DE PATERNIDAD Y DE REFORZAMIENTO DEL PAGO DE MANTENCION DE NIÑOS (OPCSE)

Con el objeto de recibir TANF, se requiere que asigne todos sus derechos de mantención financiera que se le paguen a usted y a todos los demás por los que usted está recibiendo TANF. Usted debe darle a OPCSE todos los pagos de mantención que haya recibido después que ha recibido su primer cheque de TANF. Al aceptar el cheque de TANF, usted acuerda renunciar a esos derechos y cooperar con los esfuerzos de la agencia.

EXCEPCIONES DE TRABAJO POR "BUENA CAUSA"

Usted debe participar en buscar trabajo o en otra actividad de trabajo, como condición de elegibilidad para sus beneficios. A usted no se le exigirá que participe en estas actividades, si cumple con una o más de las siguientes condiciones:

- o Tiene un/a niño/a menor de 1 año;
- o Usted tiene 60 ó más años de edad;
- o Usted es responsable por el cuidado de niño/a o un pariente adulto, con discapacidades en el hogar;
- o Usted u otro/s miembro/s del hogar está/n enfermos y requieren que se quede en casa;
- o No hay programas de cuidado para sus niños menores de 6 años, que sean adecuados y estén al alcance de sus finanzas; o
- o Hay una emergencia familiar, como muerte en la familia u otra crisis, que está fuera de sus control y que le impide su participación en una actividad de trabajo.

PROGRAMA DEL NIÑO/A DE BUENA SALUD DE MEDICAID

El Programa del Niño/a de Buena Salud controla y da tratamientos gratuitos, para los niños menores de 21 años, elegibles para Medicaid. Este Programa es muy importante y puede obtenerse de cualquier médico o clínica que participa en el programa Medicaid. Este programa también le ayuda a hacer las citas médicas y le provee transporte a la oficina del médico. Para lograr ayuda en hacer las citas y obtener transporte para las oficinas del médico, llame a 1-800-MOM-BABY. Para mayor información acerca del programa, llame al (202) 727-0725.

DERECHO A SERVICIOS MEDICOS

Si durante el período cuando puede ser elegible para Medicaid, el SISTEMA DE VERIFICACION DE LA ELEGIBILIDAD (EVS) le informa a usted, o a su proveedor, que no es considerado/a elegible para Medicaid y usted disputa esa determinación, puede obtener ayuda legal gratuita, contactando a Terris, Pravlik y Millian en el 1121 de la Calle 12, N.O. de Washington, D.C., (202) 682-0578. Su proveedor ha sido instruido de llamar al sistema EVS.

PROCESO DE RECERTIFICACION DE MEDICAID

Usted es responsable de entregar toda la información y los documentos requeridos, para que puedan recertificar su elegibilidad para Medicaid. Si usted regresa con todos los documentos requeridos, antes de que su período actual de elegibilidad para Medicaid se termine, el Departamento de Servicios Humanos DEBE aprobar o rechazar su solicitud o continuar su

elegibilidad hasta que se determine lo contrario y le informen por escrito de tal decisión. Si determinan que no es más elegible para Medicaid, usted tiene derecho a solicitar una audiencia para rebatir esa determinación. Si no ha recibido la notificación escrita, que su solicitud de recertificación ha sido aprobada o rechazada, y su elegibilidad no ha continuado, usted tiene derecho a obtener ayuda legal gratuita llamando a la firma de Terris, Pravlik y Millian del 1121 de la Calle 12t, N.O. de Washington, D.C., (202) 682-0578.

DERECHO A UNA AUDIENCIA JUSTA

Si no está satisfecho/a con la acción que tomó el Departamento, respecto a su solicitud y las razones para su acción, usted puede solicitar una audiencia justa dentro de un plazo de 90 días. Usted tiene el derecho de obtener un/a consejero/a legal para que actúe en su nombre. Si presenta una solicitud para una audiencia en el tiempo requerido, sus beneficios continuarán hasta que se tome la decisión en la audiencia. Si usted no presenta la solicitud de la audiencia, en el tiempo requerido, sus beneficios no serán continuados. Usted puede, dentro de 90 días de la fecha de la notificación, solicitar la audiencia. Su trabajador/a con gusto le responderá a las preguntas que tenga sobre la solicitud y sobre el proceso de audiencias justo.

Si cree que ha sido discriminado/a por su raza, color, sexo, origen nacional origin, o discapacidad, usted puede someter una queja con el Departamento de Servicios Humanos del Distrito de Columbia o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos Federal, dentro de los 180 días de la fecha en que recibió la notificación del Departamento, indicándole la decisión sobre su elegibilidad para beneficios. Si usted no es elegible asistencia médica financiera

en este tiempo, usted puede volver a solicitar si su situación cambia.

DESIGNACION DE DERECHOS PARA LA ASISTENCIA MEDICA

Con el objeto de recibir Asistencia

Médica/Medicaid, se requiere que cada persona de 18 ó más años, designe al Departamento de Servicios Humanos, sus derechos de ayuda médica financiera. Esto significa que usted deber darle al Departamento todo pago por servicios médicos que usted reciba de otro asegurador. Se requiere que usted designe estos mismos derechos, por todas las personas por las que tiene derechos legales para hacerlo. Si no designa esos derechos de apoyo médico, le hará inelegible para Asistencia Médica/Medicaid. Si falla en designar los derechos de todos los demás, eso no le hará a la otra persona no elegibles para beneficios.

INSTRUCCIONES : Use la columna A. escriba sus iniciales en uno de las declaraciones y firme su nombre. Cualquiera persona de 18 años. o más, debe usar la columna B, escribir sus iniciales en una de las declaraciones y firmar su nombre.

<u>A</u>	<u>B</u>
— —	Yo estoy de acuerdo en designar mis derechos y los derechos de todos por quienes tengo el derecho legal de hacerlo.
— —	Yo rehusó designar mis derechos.
— —	Yo rehusó designar los derechos de: (Dé el nombre) _____
Firma A:	_____
Firma B:	_____

INSCRIPCION DE VOTANTES

En la Página 1 de esta solicitud se le preguntó si quería inscribirse para votar. Su trabajador/a marcará la declaración , de más abajo, que mejor se aplica a usted.

- Usted indicó que le gustaría inscribirse para votar y una solicitud de inscripción se le dio para que la completara. Si desea ayuda para completar la forma de inscripción para votar, le ayudaremos. La decisión para aceptar ayuda es suya. Usted también tiene el derecho para completar su solicitud de inscripción de votantes en privado.
- Usted ya está inscrito/a para votar en su dirección actual, usted no es elegible para votar, o usted no quiere solicitar la inscripción para votar hoydía.
- Usted no respondió cuando se le preguntó si quería solicitar la inscripción para votar. La falta de respuesta indica que usted será considerado/a como que no se ha decidido inscribirse para votar en estos momentos.

Su aceptación, o no aceptación, de la inscripción para votar no le afectará la ayuda o los servicios que le provee a usted esta agencia. La decisión de no solicitar la inscripción se mantendrá en forma confidencial. La decisión de no solicitar la inscripción para votar y la oficina donde se sometió su solicitud también se mantendrá confidencial y sólo se utilizará para propósitos de inscripción de votantes. Si cree que alguien ha interferido con su derecho para inscribirse o para no inscribirse para votar, su derecho de privacidad en decidir si se inscribe, o su derecho para elegir su partido político u otra preferencia política, usted puede someter una queja con: La Junta de Elecciones y Ética del Distrito de Columbia, en el 441 de la Calle 4, N.O. # 250, Washington, D.C. 20001 Teléfono : 202/727-2525.

RECONOCIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA EL PROGRAMA TANF

Yo declaro que me explicaron los requisitos para el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Yo entiendo que TANF no es un derecho y he sido informado/a de las limitaciones y multas del programa TANF. Específicamente, me han hecho consciente de las siguientes provisiones del programa:

- ▶ Tiempo Límite de 60 Meses para toda la vida
- ▶ Requisito para los padres jóvenes de vivir en sus hogares
- ▶ Requisito de asistencia a la escuela para los padres jóvenes
- ▶ Se les puede pedir a los padres que empiecen a buscar empleo inmediatamente y firmar Planes Individuales que describen los pasos que él/ella debe tomar para llegar a ser autosuficiente
- ▶ Designación de derechos de apoyo
- ▶ Cooperación con la Agencia de Mantención de Niños
- ▶ Prohibición por 10 años de recibir beneficios, por dar información falsa del lugar de la vivienda, para obtener beneficios en 2 ó más estados
- ▶ Negación de Asistencia para fugitivos y violadores de probatorias o permisos bajo palabra de honor
- ▶ Negación de Asistencia para niños menores, que están ausentes del hogar por más de 90 días

MI FIRMA EN LA PAGINA 15 CERTIFICA QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO LOS REQUISITOS DEL PROGRAMA TANF .

ACUERDO ENTRE AGENCIA Y CLIENTE DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS

Yo, _____, reconozco que debo participar en la búsqueda de empleo o en actividades de preparación para empleo, como condición de mi elegibilidad para los beneficios de TANF. Yo entiendo que si no participo en estas actividades, mis necesidades no se reflejarán en el monto de ayuda financiera de mi familia. Si recibo ayuda y no cumplo con este acuerdo, yo entiendo que mis necesidades no se verán reflejadas en el monto de ayuda financiera de mi familia. Aún más, yo estoy de acuerdo en jugar un papel activo, junto al personal del Distrito de Columbia, en el desarrollo de mi plan para lograr la auto-suficiencia, incluyendo la determinación de mis metas a corto y largo plazo. Informaré al personal apropiado de la Administración de Ingreso Familiar (IMA) y al Departamento de Servicios de Empleo (DOES) de cualquier conflicto o emergencias que pueden requerir un cambio en mi participación. Yo entiendo que el Distrito de Columbia puede pedirme que firme un Plan de Responsabilidad Individual y que el nivel de mi asistencia financiera se basará en el cumplimiento del plan, una vez que se determina que soy elegible para TANF. **MI FIRMA MAS ABAJO CERTIFICA QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO ESTE ACUERDO.**

CON MI FIRMA MAS ABAJO, YO DECLARO BAJO PENA DE PERJUICIO, QUE TODO LO SIGUIENTE ES VERDADERO:

YO ENTIENDO:

- ▶ Toda la información entregada en esta solicitud.
- ▶ Que si doy información incompleta, falsa o incorrecta, intencionalmente, incluyendo alguna información incorrecta acerca de los padres de un niño/a, o no informo a tiempo de los cambios como se requiere, yo podría quebrar la ley y ser demandada por perjuicio, robo o fraude.
- ▶ Que si ayudo a alguien a completar este formulario, para obtener beneficios que él/ella no tiene derecho a recibir, podría estar quebrando la ley y ser demandada.
- ▶ Que si rehusó cooperar con cualquiera revisión de mi elegibilidad, o recertificación, incluyendo revisiones por Control de Calidad, mis beneficios podrán ser negados hasta que yo coopere.

Todas las personas para quienes estoy solicitando ayuda, son ciudadanos de Estados Unidos o extranjeros con un estatus de inmigración legal. A menos que si solicitara servicios médicos de emergencia, no hay requisitos de ciudadanía o de estatus legal para los extranjeros. Toda la información de esta solicitud es correcta y completa, de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento y creencia, incluyendo la información sobre la ciudadanía y el estatus legal de los extranjeros.

MI FIRMA MAS ABAJO AUTORIZA LA DISTRIBUCIÓN DE TODA LA INFORMACION, que será considerada en forma confidencial, a un representante del Departamento de Servicios Humanos (DHS). Todas las personas, firmas, corporaciones, comisiones, agencias y organizaciones de cualquier tipo, ya sean públicas o privadas, que tienen conocimiento de mi situación financiera, médica y de otras circunstancias, están aquí autorizados para responder cualquiera de las preguntas que pueda ser presentada por el DHS, del solicitante o receptor. Yo completé la solicitud por mi cuenta. **SI () NO ()**

Si NO, me la leyeron cuando se completó: **SI () NO ()**

Firma o Marca del Solicitante o Representante Autorizado/a:	Fecha:	Firma o Marca del/a Esposo/a o Persona Autorizada :	Fecha:
Firma del Testigo de la Firma o Interpretación:	Fecha:	Firma del/a Trabajador/a:	Fecha:

Complete la caja de más abajo si esta solicitud la completó otra persona.

Persona que Completó la Solicitud:	Fecha:	Dirección:
Número de Teléfono(s): (Hogar) (Trabajo)	Relación con el/la Solicitante:	